

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

Numer telefonu kontaktowego:.....

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię nazwisko:.....

PESEL:.....

Wnioskuje o:

- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- wydanie kopii dokumentacji medycznej potwierdzonej za zgodność z oryginałem
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Rodzaj dokumentacji medycznej :

- nazwa oddziału/poradni/zakładu/pracowni.....
- okres leczenia.....

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres.....
- odbierze osoba upoważniona:
- imię, nazwisko.....

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....
miejsowość , data

.....
podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja :

- wysłana pocztą pod wskazany adres w dniu:.....
- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta :
 - upoważnienie w dokumentacji medycznej,
 - upoważnienie na niniejszym wniosku,
 - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku)

Naliczono opłaty w wysokości:

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzenie na podstawie:

(rodzaj i numer dokumentu)

.....

.....

data i podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....

data i podpis osoby odbierającej dokumentację